

非都市部における精神障害者に対する
ホームヘルプサービスの課題
— 実践事例分析からの考察 —

榎 本 悠 孝

The problems with home help service for people
with mental disabilities in rural areas
— From a case study analysis of home helper's practice —

Hiroataka ENOMOTO

皇學館大学現代日本社会学部

日本学論叢 第10号

令和2年3月

非都市部における精神障害者に対する ホームヘルプサービスの課題 — 実践事例分析からの考察 —

榎 本 悠 孝

抄録 ●

近年、精神障害者に対する施策の関心は、長期入院患者の地域移行・地域定着支援に加え、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に重点が置かれるようになった。そのシステムにおいて重要な役割を果たすのが、ソーシャルワーカーである精神保健福祉士とともに日常的な生活支援を実施するホームヘルパーである。本研究では、非都市部における精神障害者に対するホームヘルプサービスの事例分析からその課題を明らかにすることである。6 ケースのヘルパーの実践事例分析から、①障害特性への対応、②加齢による身体機能低下、③他事業所との支援の役割分担、④援助者間での支援方針の不一致、⑤利用者の潜在化する意思の5 点の問題が明らかになった。今後社会資源が量的に不足している非都市部においてシステムを構築するためには、研修やスーパービジョン等によるヘルパーのスキルアップとともに、相談支援事業所とヘルパー事業所間での連携強化が必要である。

Key words：非都市部 精神障害者 ホームヘルプサービス 事例分析

1. はじめに

わが国では、地域移行支援や地域定着支援、そして地域生活支援が精神障害者施策の重要なテーマになっている。この流れは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以降精神保健福祉法と略す）が平成7（1995）年に成立して以降、精神障害者の在宅福祉サービスを規定した平成11（1999）年の改正精神保健福祉法や平成16（2004）年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン（精神保健福祉対策本部）」、その後期5か年の目標を示した平成21（2009）年の「精

神保健医療福祉の更なる改革に向けて（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）」に引き継がれてきた。

近年では、平成22（2010）年の精神保健福祉士法改正において、精神保健福祉士の業務に地域相談支援（障害者総合支援法上の地域移行・地域定着支援）が含まれ、また平成25（2013）年の精神保健福祉法改正では保護者制度が廃止されるとともに、医療保護入院患者に対する退院後生活環境相談員や退院支援委員会を制度化するなど、非自発的入院患者の入院時早期からの退院支援が実施されている。

さらに、平成29（2017）年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が掲げられ、各障害保健福祉圏域等において、保健医療福祉関係者による協議の場を通じて、医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制の構築の重要性が示されている。

以上のように地域移行、地域定着のための環境整備が行われてきているが、その成果は上がっているのだろうか。平成29（2017）年の患者調査によると、現在わが国には約419.3万人の精神障害者がいるが、そのうち約30.2万人が精神科病院等に入院している¹⁾。これらの入院患者のうち、本来は入院治療の必要がないものの、家族による反対や退院後に活用する社会資源が不足していること、また精神障害に対する偏見や差別といった社会環境的要因で入院し続けている、いわゆる社会的入院の患者も多数いると考えられる。平成26（2014）年に実施された調査によるとによると精神療養病棟に入院する患者の退院見通しについて、「現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能」が23.6%、「在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来退院可能」が3.5%、「在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能」が19.0%²⁾と入院患者の4割以上に退院の可能性が見込まれており、早急に解決していくべき課題である。

長期入院している精神障害者の地域移行の低迷要因については、先行研究^{3), 4)}によって、「病院の理解協力」、「社会資源の不足」、「住居の確保」、「家族の反対」、「本人の意欲低下」等が指摘されている。また大嶋の研究⁵⁾では、

本人（精神障害当事者）の項目として、「現実認識が乏しい」、「病状が不安定」、「家事（食事・洗濯・金銭管理等）ができない」、「退院意欲が乏しい」、家族の項目として「家族がいないまたは本人をサポートする家族の機能が実質的にない」、「家族から退院に反対がある」、地域の項目として「退院に向けてサポートする人的資源が乏しい」、「住居確保が困難」、「日常生活を支える制度がない」があげられている。

また筆者が平成29（2017）年に実施した非都市部における精神障害者に対する地域移行支援を行っている相談支援専門員を対象とした調査では、地域移行支援における困難として、「当事者家族に関する困難」、「地域移行支援事業の構造的問題に関する困難」、「病院支援者と地域支援者との間の協力関係で生じる困難」、「地域社会資源に関する困難」、「地域社会の偏見に関する困難」の5つが抽出された⁶⁾。特に「地域社会資源に関する困難」や「病院支援者と地域支援者との間の協力関係で生じる困難」については、精神障害者の地域生活を具体的に支えるサービスの不足とともに、病院から地域の福祉サービス利用への支援の継続性や連携において困難が発生していた。

2. 研究目的

地域において精神障害者を支援するサービスとして、ホームヘルプサービスが挙げられる。精神障害者に対するホームヘルプサービスについては、平成14（2002）年から全国的に導入されてきたが、導入以前から必要性や効果に対する研究が積み重ねられてきた。

全家連保健福祉研究所が平成4（1992）年から平成6（1994）年にかけて実施した「地域で生活し、社会復帰活動に参加する全国の精神障害者を対象にした郵送調査」では、「食事の準備と料理」、「掃除、洗濯」、「家事（裁縫・料理・家計簿）を一緒にやりながら教える」といった「家事援助サービス」項目において、必要ありの比率が39.1%、29.9%、26.4%となり、ホームヘルプサービスの必要性の認識の高さが示されている⁷⁾。

また、同じく全家連保健福祉研究所が関東関西8都府県のホームヘルプサービスの事例調査の結果では、ヘルパー派遣でよかったことについてのヘルパー

による評価では「日常生活が安定して営めるようになった」や「精神的な安定がみられるようになった」「病状の安定が見られるようになった」といった項目で「大いにある」、「少しある」との回答が70%を超えている。また利用者調査においても、派遣でよかったことについて、「生活に必要な援助を受けられる」、「生活上の心配が減った」、「困ったときに相談する人ができた」、「生活する意欲や自信がでてきた」といった項目で高い評価になっていた⁸⁾。

このようにヘルパーは、精神障害者の地域生活支援の要としての役割を果たすことになるが、もともと老人介護の領域において発達してきたホームヘルプサービスが精神障害者支援において抱える課題も明らかになってきている。平成14(2002)年の名城らの調査研究では、ヘルパー事業所責任者が「利用者との関係を良好としながらも、サービス提供の不安や悩みを抱え、それを解決する方法がない」ことや「他機関との連携不足、精神障害に対する知識や技術不足」を指摘していることに言及している⁹⁾。

また原田は平成23(2011)年に在宅高齢精神障害者に関わるヘルパーに対する半構造化インタビューを実施し、M-GTAによる分析の結果から、カテゴリとして「利用者の疾病や障害特徴を理解することが難しい」、「困った行動への対処が難しい」、「ケアに対する不安や迷い」、「身近な存在だから難しい」、「ヘルパーの身体的・心理的・社会的な負担」、「利用者とヘルパーを取り巻く環境の問題」を抽出し、高齢精神障害者に対するヘルパーの支援困難感の構造を明らかにしている¹⁰⁾。

今後各圏域等において構築が期待されている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」のなかでは、これまでの地域移行、地域定着支援に加え、地域アセスメント等を実施する専門職である精神保健福祉士とともに、地域生活をしている精神障害者に対する具体的直接、間接的な支援を実施するヘルパーも重要な役割を果たすことが期待される。

これら法整備を踏まえたうえで、精神障害者の地域生活の継続を支援していく上でのホームヘルプサービスの役割は重要であり、そのヘルパーの実践上やヘルパー事業所が抱える課題について整理分析し、実践を円滑にするためのシステムを検討することが必要であると考ええる。

以上のような背景から、本研究では精神障害者に対するホームヘルプサービスを実施しているサービス事業所及びヘルパーが抱える問題について、事例の質的分析から明らかにすることを目的としている。

3. 研究方法

本研究では、A県B圏域において障害者に対してホームヘルプサービスを実施している事業所から困難を感じている事例を提出してもらい、その事例を分析した。なお、B圏域の特性として、都市圏から公共交通機関にて1時間半程度の距離であり、人口規模も10万人以下の二つの地方自治体によって構成されている。

調査にあたっては、筆者も参画しているB圏域自立支援協議会（以下協議会と略す）くらし部会ヘルパー確保人材育成ワーキンググループに調査協力を依頼した。

調査は、平成30（2018）年10月に実施した。実施場所は、C市役所に隣接するセンターの会議室である。事例検討会には10事業者の計18名のヘルパーと筆者を含め6名のオブザーバーが参加した。検討会の時間はおよそ120分であり、ヘルパー事業所の精神障害者支援における困難について焦点化してもらうよう司会者に依頼した。事例検討会の内容は協議会および参加者に許可を得た上で録音し、逐語録を作成した。その逐語録データからヘルパーが精神障害者を支援するうえで抱える困難や事業所が抱えている課題について質的分析を実施した。

4. 倫理的配慮

事例検討会実施前に、協議会において調査の概要、調査データの活用方法について説明し、承諾を得ている。なお、調査実施前も同様に調査の概要、調査データの活用方法について口頭で説明し、参加者から承諾を得ている。また事例報告および事例検討会での発言等についてのICレコーダーを用いての録音については、口頭で説明し口頭で承諾を得た。なお、調査後の協議会において事業所及びケース等が特定化されない形で報告し、調査結果の確認、情報共有を実施している。

5. 研究結果

事例報告および当日の事例検討会で提出された事例は、事前提出事例が9事例、当日参加者からの口頭による事例報告が2事例の合計11事例であった。なお、本研究では、11事例のうち、表1に示した精神障害の3事例、および身体障害と精神障害の複合の2事例、知的障害と精神障害の複合の1事例の合計6事例についての分析を行う。

表1 本研究の分析対象の概要

コード	性別	年齢	障害	困難・課題
A	女	50代	精神	メンタル面での浮き沈み、同年齢のヘルパー派遣
B	女	60代	精神と身体	施設入所、施設との役割分担、廃用症候群
C	女	50代	精神	怠薬からの再発、家族の障害受容、副作用による過鎮静
E	女	60代	精神と身体	廃用症候群、褥瘡の処置、相談員の消極性
F	女	40代	精神	購買習慣、金銭管理、ヘルパーへの固執、ペット
H	女	40代	精神と知的	主体性の欠如、感情表出への支援

A-1：利用者の特徴

家族と同居している50代後半の統合失調症の女性へのヘルパー派遣であるが、支援内容は料理と掃除及び話し相手である。利用者は平日デイケアへ通院しており、週2回、1.5時間の支援を行っている。家族と同居しているが、精神的に不安定であり自責の念が非常に強い（子どもの障害は自分のせいと感じている）。調子の悪い時は、ヘルパーが訪問中もパジャマのままで過ごしていることがある。

テレビのホームドラマの家庭生活が平均的な生活水準と認識しているため、それと乖離している現在の自分の生活に惨めさを感じている。

A－2：支援の問題

対人関係によって、抑うつ気分になることもある。そうなるとうるさくなることもあり、ヘルパーは普段から、元気になってもらえるように、そして落ち着いてもらえるように言葉かけを考えながら支援に入っている。また、ヘルパー以外の主要な社会資源であるデイケアの職員とも情報交換を密にしておき、抑うつ気分時等の対応について情報共有を行っている。

若い女性ヘルパーが支援に行くと自分の娘と比べてしまうことになり、気分の落ち込みにつながるがあった。なるべく本人と年齢の近いヘルパーを派遣し、ヘルパー自身の家庭での子どもとの体験を話題にしながら、利用者の子どもの思いを共感していくような配慮をしている。

B－1：利用者の特徴

施設に入所している60代前半の女性に対するヘルパー派遣である。手帳は身体障害者手帳2級と精神障害者保健福祉手帳3級を取得している。精神科病院への通院以外にも難治性の疾患に罹患している。生活介護と訪問介護を利用している。50歳半ばから杖歩行で、精神科病院の入院を経験してからはほとんどベッドの上で過ごすことが多くなり、現在は車いすへの移乗もできないくらいADLが低下している。

日中は起きており会話をすることが好きな人ではあるが、薬の副作用のためにろれつが回らず、会話が困難となっている。おむつ交換と洗濯、掃除で、週に3回、1時間の訪問をしている。

B－2：支援の問題

施設入所者へのホームヘルプサービス派遣という特殊なケースである。ヘルパーは、寝たきりになる前の状態のように（積極的に）支援に入りたいが、施設側の対応について「本人が動かないで、みやすい（ケアしやすい）生活」という考え方になっているのではないかと疑念を抱いている。

利用者本人の思いとして、いろいろな人と話をしたいという気持ちがあるが、同時に職員の手を煩わせてしまうことに対して罪悪感があり、職員を呼ぶこと

を躊躇してしまっている。その結果、失禁してしまうこともある。現在はベッドの上でずっと寝たきりなので、寝たままご飯を食べているのではないかと、思うくらいシーツが汚れている。ベッドに寝たまままでシーツ交換をしている。

現在入所している施設の基本的な対象者は自立しているので、施設側の業務におむつ交換が含まれていない。そのためにホームヘルパーが入っているが、朝夕はスポットで交換できても、適時のおむつ交換が出来るわけではなく、また毎日の訪問となると事業所の人手も足りない状況である。

施設とヘルパー事業者、他のサービス事業者（日中の生活介護）との間での役割分担だけでは解決が難しいケースである。

C－1：利用者の特徴

家族4人で、自宅で生活している統合失調症の50代女性のケースである。精神障害者保健福祉手帳を取得している。ADLはほとんど自立しており、自動車の運転も可能である。2ヶ月間の精神科病院への入院のあと、週に2回の訪問介護を再開した。服薬管理のために、訪問看護も利用している。実母が近所に住んでいる。

C－2：支援の問題

ヘルパー訪問時に、怠薬からか幻聴が生じており、幻聴と会話をしているのか、ヘルパーと会話をしているのか分からず戸惑うことがある。また近所に住んでいる実母が精神疾患や通院・服薬に対して否定的であるため、子どもたち（実母からすると孫）たちにも葛藤があり、利用者の服薬や通院がばれないように気を遣いながら子どもたちも生活をしている。

薬を飲むことで過沈静状態になっている母親の様子を子どもたちが見ることで、精神的なショックを受けることへの懸念がある。また、調子が良い状態の利用者の様子を知っているヘルパー自身が、服薬による過沈静状態で表情が乏しくなっていく利用者に対して違和感を持ち、支援自体に対する疑問も生じている。

E-1：利用者の特徴

兄と自宅において二人で生活している、60代半ばの脳梗塞の女性のケースである。脳梗塞のあと統合失調症を発症しているが、身体障害者としてサービスを受給している。朝と夕に、おむつ交換で1日に30分ずつホームヘルプサービスに入っている。X年5月の退院時は手を引けば歩ける状態であったが、現在では廃用症候群のためほとんどベッドの上で生活をされている。立膝のまま1日過ごすこともあり、足も痛くて伸ばせなくなっている。仙骨部に褥瘡ができていて、1日に朝、昼、夕の3回の訪問に加え、おむつ交換を中心に行っている。意思の疎通はできるが、言葉は少ない。

E-2：支援の問題

トイレに行きたいとの意思表示もあり、退院当初はトイレに誘導できるとアセスメントを行いヘルパーを派遣していたが、日々廃用症候群によってADLが低下していった状態である。現在のヘルパーの支援内容は清拭のみであり、入浴もできていない。ヘルパー事業所は、リハビリの導入の必要性について考え相談支援専門員に対して提案している。しかしながら、年齢的に介護保険への切り替わる時期であるとの理由（ヘルパー事業所側の認識）から現状維持の方針をとり、支援変更積極的に動いてくれない相談支援専門員に対して疑問を感じている。

ヘルパー事業所は、一度相談支援専門員に現状を確認してもらうために同行訪問を依頼したが、約束当日にキャンセルされてしまいその点でも不満が生じている。

なお、褥瘡の処置についてであるが、汚れたガーゼの交換については医行為除外項目に該当するが、褥瘡部位への軟膏塗布は医行為と解釈されている。本ケースについては、その後行政が介入し、相談支援事業者とヘルパー事業者との調整を行ったとのことである。

F－1：利用者の特徴

一軒家に1人暮らしをしているうつ病を患っている40代女性のケースである。近隣にきょうだいがいるが、関係は疎遠であり支援の協力依頼ができない状態である。当初は週に3回、現在は週に2回一緒に調理するという支援内容で派遣を行っている。泌尿器系の疾患があり、医療機関に現地集合という形で通院の付添いを行い、通院時には診察室にもヘルパーが同伴をしている。障害年金が支給された日に大量に食材や調味料を購入するなど、特徴的な金銭の使い方がある。

F－2：支援の問題

特定のヘルパーしか支援を受け入れてもらえないとのことで、他事業者から送られてきたケースであるが、冷蔵庫をみない、ひきだしを開けない、物を動かさないといった要望にヘルパーは応えており、断られたことがなく関係自体はうまくいっている。

買い物であるが、障害年金が支給された日にまとめ買いを行うために、支給される前になってくると必要なものの購入が困難になる。ヘルパーのキャンセル料の支払いに困ることもあった。食品等を大量にまとめ買いをするために、購入から期間が過ぎてくると食事には野菜が少なく冷凍ものが増える。冷凍していた食材をレトルト食品とともに調理する等の工夫をするが、ヘルパーは栄養に偏りがあると感じている。

ヘルパーが金銭の使い方について提案するが、今まで生活してきたルーティンを変えることが困難な様子である。

また、夏場に室温が高温になっているが、エアコンだけでなく扇風機もかけていない。この点についてもヘルパーが指摘するが、その後も使用していないことがあり、健康面（熱中症）も心配である。

ペットを飼っており、それが心の支えになっている。しかし、ペットが病気になり治療が必要になるなど経済的な負担の要因にもなっている。ヘルパーは利用者からペットの病気・治療についてどうしたらいいか聞かれるが、治療費等金銭がかかることもあり返答や対応に困ることがある。

金銭管理の困難さについて相談支援専門員には話を通しており、困っている状況については共有できているが、現在、誰かに管理を任せるといった具体的な話には至っていない。

診察に同伴しているが、受診時に主治医にする話がヘルパー訪問時の様子やそこで聞く内容と異なっていることがあり、ヘルパーは訪問時以外の普段の状況が把握できていないと感じることもある。

H－１：利用者の特徴

親族３人で一戸建てに同居している40代の女性のケースである。所持している手帳は療育手帳であるが、精神科病院にも通院している。ADL、IADLともほぼ自立しており、ホームヘルプサービス以外にもジョブサポートや権利擁護サービスを利用している。ホームヘルプサービスは、週１回の家事援助（一緒に実施）以外に、洗髪がうまくできないため、週１回の入浴介助（声掛け中心）を実施している。外出の支援が月に１、２回ある。

H－２：支援の問題

気分転換をしたいということで実施している月に１、２回の移動支援（外出の同伴）について、行先を利用者自身で決めることがほとんどなく、ヘルパーに意見を求めることが多い。普段から本音がつかめないことがあり、言葉上では楽しかったと言っているが、それが本心かどうかかわからない。家庭への訪問時にトイレで独語（文句や怒りの感情）をぶつぶつ言っているようなことがあるので、ヘルパーに対して本音では話せていないのではないかと感じている。ヘルパーとしては、利用者が求める支援（利用者が行きたい場所に連れて行くこと）をしたいと考えているため、利用者自身が感情や意思を出せるようになるためには、また利用者の本音を聞き取れるようになるためにはどうすればいいのか考えている。

また終始このように本心を隠すことがあるので、主治医に対しても本当の状況を伝えられているかどうか心配になっている。

6. 考察：事例から見る問題の背景と対策

①障害特性への対応

ヘルパーの支援上において、利用者自身から生じる問題である。ケースAでは抑うつ気分や自責感、極端な認知や対人関係スキルが、ケースBでは薬の副作用による過鎮静によるコミュニケーションの困難、ケースCでは、利用者の幻聴との会話やケースBと同様に過沈静がみられた。ケースFでは、こだわりからくる要求や特徴的な購買習慣、そしてケースHでは意思の不明瞭さがヘルパーの困惑につながっていた。

先行研究でも「精神障害の特質や医療との関係から引き起される困難点¹¹⁾」や「利用者の疾病や障害特徴を理解することが難しい¹²⁾」、「病気についての理解が十分でなくいつも不安がある¹³⁾」ことを指摘している。妄想や幻覚といった統合失調症の陽性症状にどのような対応をすればよいのか困り、またヘルパーが妄想等に巻き込まれることによって問題が発生すると考えられるが、今回の調査でもケースCのように幻聴への対処方法でのヘルパーの困惑が報告されていた。

また、ケースBやケースCでみられた薬の副作用、すなわち過沈静であるが、情動の平板化や意欲の減退など統合失調症の陰性症状への対応についての具体的困難よりも、利用者の過沈静状態に対するヘルパーの受け止め方、すなわち薬による過度のコントロールに対する疑問という形で生じていた。

ヘルパーにとって精神疾患に対する情報や知識を得る機会とは多くはない。介護職員初任者研修では精神障害特性の理解について学ぶ機会もあるが、わずかな時間である。このようななかで、精神障害特性に配慮した支援スキルを身につけることは困難であると考える。ヘルパー事業所は、資格取得後も事業所内における先輩ヘルパーからのスーパービジョン（以下SVと略す）による教育を受けること、継続的なスキルアップ講習等への参加の機会を保障することが重要であると考える。また、ヘルパーが感じる過沈静状態に対する戸惑いやヘルパーが抱くディレンマについて、支援をしていく上では自身の中で折り合いをつける必要がある。SVにおいて支持的なサポートを行うことが、バーンア

ウトを予防するためにも重要である。

②加齢による身体機能の低下

これも先ほどと同様に、支援において利用者自身から生じる問題であるが、精神障害以外から、また精神障害と他の身体的要因が複合して問題が生じている。ケースBおよびケースEでは、自宅で生活していたものの、精神科病院への入院を経験してからベッド上での寝たきりの生活に移行しており、入浴介護やおむつ交換など身体的介護が必要な状態になった。これらのケースでは、介護とともに廃用症候群予防のためにも機能訓練等リハビリテーションの必要性が認められるケースである。

高齢者のホームヘルプサービスでは、身体介護と家事援助はとともに本来業務である。しかしながら、精神障害者に対するホームヘルプサービスは、身体介護や家事援助の代行支援よりも、食事の準備・調理、清掃や環境整備については、部分的支援や見守り支援になる。すなわち家事等を一緒に行い、利用者のスキルの獲得や成長を見ていく経験をする。一方で、加齢により利用者の身体機能が低下し、寝たきり状態になっていく過程をその支援のなかで身近に経験する。ケースBおよびケースEではヘルパーが、完全な身体介護にシフトしていく過程での無力感や疑問を感じていた。その点について事業所は先述したのと同様にSV等によってフォローしていく必要があると考える。

またケースEでは、寝たきり状態になることによって褥瘡が生じていた。ヘルパーには汚れたガーゼの交換等が認められているものの、褥瘡への処置に関する軟膏の塗布は禁止されている。褥瘡を有する利用者に対してヘルパーだけで支援を行うには、衛生面や安全面、また職権上において限界がある。訪問看護や往診等の看護や医療との連携を図っていくことが重要であると考ええる。

③他事業所との支援の役割分担

これは、ヘルパー事業所と他の福祉サービスとの間で生じる問題である。ケースBは入所施設にホームヘルプサービスを派遣するといった特殊なケースであるが、そもそも当該施設が持つ機能に介護は含まれておらず、利用者の状

態やニーズから施設に求められる役割と施設の機能が乖離してきており、それをホームヘルプサービスが補完をしている。

身体介護のニーズを有している精神障害者が、介護の機能を有していない施設に入所をせざるを得ない背景には、利用者が精神疾患をもっているという点で施設側の入所や利用に消極的な態度、すなわち施設側による無理解や偏見等が考えられる。介護機能をもたない施設への継続的な入所により、利用者の身体機能の低下が進むとともに、ヘルパーが担う役割が過大になり、一事業所での対応ではさらに問題が生じると考える。しかしながら本調査を実施した非都市部では、圏域において、また利用できる範囲において、精神障害者に対するホームヘルプサービスを実施している事業所が複数ある場合は少ない。また事業所はあるものの、先ほどと同じ理由で精神障害者に対するサービスを積極的に実施している事業所の数も少ない状況が考えられる。

圏域内の障害者支援施設及び介護保険施設、障害福祉サービス事業所等の連携はもちろんのこと、各事業所に対する精神障害者に対する支援についての啓発活動が必要であると考える。

④援助者間での支援方針の不一致

これもヘルパー事業所と他の福祉サービス事業者間で生じる問題である。ケースBやケースEにみられるように、ヘルパー側は利用者のADLの低下を防ぐために、おむつよりもトイレでの排泄介助、入浴介助の実施やリハビリテーションの導入を目指していたが、ケースBの施設側での対応やケースEの消極的とヘルパーから感じられる相談支援専門員の態度が、ヘルパーが考える利用者主体の支援を実施することが困難な状況を作り出している。

本来、相談支援専門員によるサービス等利用計画による支援目標とヘルパー事業所が各利用者に対して作成する個別支援計画の目標の方向性は一致しているべきである。これはケアマネジメントの実践においては原則であり、支援の方向性を統一するために相談支援専門員とヘルパー事業所のコミュニケーションが必要不可欠である。また、障害特性や加齢による影響により、ケア目標に齟齬が生じる場合もある。普段から接しているヘルパーだからこそわかる利用

者の身体的側面、精神心理的側面の情報もあり、今回のケースのようにヘルパー事業所から積極的に相談支援専門員に情報提供していくとともに、相談支援専門員が利用者の状態に対するモニタリングを定期的に行い、ヘルパー等から情報を収集しケア目標の再設定に活用することが重要であると考える。

⑤利用者の潜在化する意思

これは利用者の障害特性から、またヘルパーと利用者の支援者関係で生じる問題である。統合失調症の幻覚や妄想、感情の平板化といった症状による利用者とヘルパーとの意思疎通が困難な場合だけでなく、ケースBのように、支援を受けること自体への利用者本人の罪悪感や多忙な支援者に対しての遠慮から、またケースHにみられるように利用者本人のパーソナリティから利用者の意思が潜在化してしまうことがある。

そのような状況について、ケースHではヘルパー自らが、本当に利用者が望んでいる支援ができているのか、と自問し利用者の本音を把握できる方法を模索している。またヘルパーだけでなく、主治医をはじめとした他の支援者に対しても、意思が表明できていないのではないかと懸念していた。このような利用者の意向を尊重する援助姿勢は今日の障害者支援において重要なテーマになっている。

わが国では平成18（2006）年の障害者権利条約採択以降、意思決定支援の重要性が指摘されている。平成27（2015）年の社会保障審議会・障害者部会報告書「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」では、以下のように述べられている。

「障害者総合支援法においては、

- ・ 障害者が『どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保』される旨を規定（第1条の2 基本理念）
- ・ 指定事業者や指定相談支援事業者に対し、障害者等の意思決定の支援に配慮するよう努める旨を規定（第42条、第51条の22）

するなど、『意思決定支援』を重要な取組として位置付けている¹⁴⁾」

すなわち、ホームヘルプサービスをはじめ障害者総合支援法上のサービスを行う事業者に対して、利用者の意思決定支援に配慮することを改めて明記している。

また、小澤は「意思決定支援とは、障害者本人の意思が形成されるために、理解できる形での情報提供と経験や体験の機会による『意思形成支援』、および言葉のみならずさまざまな形で表出される意思を汲み取る『意思表出支援』を前提に、生活のあらゆる場面で本人の意思が最大限に反映された選択を支援することにより、保護の客体から権利の主体へと生き方の転換を図るための支援である」と日本知的障害者福祉協会における意思決定支援の定義を紹介し、「意思形成支援」と「意思表出支援」に分けてとらえている点を特徴的であるとしている¹⁵⁾。

ここから見えてくるのは、前者はサービス利用者である障害者が意思を決定するその前提として、支援者側がそれを可能とする機会を提供することであり、後者は障害者からあらゆる形で表出された意思を、支援者側が汲み取る努力をすることである。すなわち支援者側には情報や経験を提供する機会を確保する努力とともに、利用者の意思を汲み取るためのスキルを向上させる努力が必要であろう。

平成29（2017）年に「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン¹⁶⁾」が作成されたところであるが、意思決定支援の方法論だけではなく、支援者がなぜ利用者の意思決定支援を行わなければならないのか、といったその背景となる部分も含め理解した上で、サービスを行うべきである。そのためには、ガイドラインを用いた意思決定支援についての研修等による支援者への啓発が重要であると考ええる。

7. おわりに

本研究では精神障害者にホームヘルプサービスを実施する事業所及びヘルパーが抱える問題について事例分析をおこなった。それらの問題は、利用者対応や支援上のディレンマといったヘルパーが利用者に対して支援を行う上で生じている問題と、利用者を取り巻く他の事業所との間で生じる問題、ケア目標

の一貫性など支援システムにおいて生じる問題等様々である。それらの問題を解決していくためには、ヘルパーに対して精神障害特性への対応を可能にするスキルアップ研修や近年障害者支援の領域で重要視されている意思決定支援の方法についての研修を実施していくことが重要である。また、日頃からの事業所内における先輩ヘルパーによる教育的・支持的なSVがディレンマを抱えるヘルパー個人のストレスを軽減させるとともに、支援の質の向上につながるものとする。さらに圏域内における病院や相談支援事業所、他の事業所との連携を強化し、新たな地域包括ケアシステムの構築を目指すべきである。

謝 辞

本研究に協力いただいたヘルパー並びに協議会の委員の方々にお礼申し上げます。

註

- 1) 厚生労働省ホームページ<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> (2019年11月28日アクセス)
- 2) 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）『適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査』における報告書（案）の概要」2015年、249頁。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000107074.pdf> (2019年11月29日アクセス)
- 3) 古屋龍太『精神科病院脱施設化論－長期在院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題』批評社、2015年、132－162頁。
- 4) 古屋龍太、前掲書、203-213頁。
- 5) 大嶋奈央子「市町村障害福祉計画に具体的な退院支援目標を掲げる：栃木県「精神科入院患者調査」の取り組み（特集 障害者総合支援法の改正を見据えて：この実践をスタンダードにする）－（障害者総合支援法の改正を見据えて）」『精神障害とリハビリテーション』20(2)、2016年、138-142頁。

- 6) 榎本悠孝「精神障害者に対する地域移行支援を実施する相談支援専門員が認識する困難－フォーカスグループインタビューに基づく考察－」『現代日本論叢 5』, 2018年.
- 7) 岡上和雄「ホームヘルプサービスの歴史と精神障害者に対するケア」大島巖ら編『精神障害者のホームヘルプサービス そのニーズと展望』中央法規, 2001年, 24-25頁.
- 8) 大島巖, 平直子, 丸山由香編『ホームヘルプガイドラインに基づく精神障害者ホームヘルプ進め方』全国精神障害者家族会連合会, 2000年, 7頁.
- 9) 名城健二, 久貝興徳ら「沖縄における精神障害者ホームヘルプサービスの現状と課題」『地域研究』5号, 2009年, 60頁.
- 10) 原田小夜, 山根寛「在宅高齢精神障害者ケアにおけるホームヘルパーの支援困難感の構造」『訪問看護と介護』18(2) 2013年, 153頁.
- 11) 平直子「第3節 ホームヘルプサービスに必要な関係諸機関との連携」大島巖編『ACTケアマネジメント ホームヘルプサービス 精神障害者地域生活支援の新デザイン』精神科看護出版, 2004年, 159頁.
- 12) 原田小夜, 山根寛, 前掲論文, 153頁.
- 13) 名城健二ら, 前掲論文, 59頁.
- 14) 『障害者総合支援法施行3年後の見直しについて 社会保障審議会 障害者部会報告書』2015年, 16頁.
- 15) 小澤温「第1章 意思決定支援の状況と課題」小澤温・大石剛一郎ら編『事例で学ぶ障がいのある人の意思決定支援 地域生活を支える成年後見活動』現代人文社, 2017年, 26頁.
- 16) 厚生労働省社会・援護局「障害福祉サービスの利用等に当たっての意思決定支援ガイドラインについて」2017年.

The problems with home help service for people with mental disabilities in rural areas — From a case study analysis of home helper's practice —

Hiroataka ENOMOTO

Abstract

The purpose of this study is to clarify the problems with home help service for people with mental disabilities in rural areas. In this study, we implemented case study analysis of six home helper's practice. As a result, it was revealed that the 5 problems. 1. Helpers were at a loss for distinct behaviors of care recipients, and were in a dilemma. 2. Care recipients came to have a physical disability by aging. 3. There is a problem with role sharing between home helpers and the other service providers. 4. The purpose of the care for recipients is not identical among care providers. 5. Helpers didn't grasp the potential intention of the care recipients. Decision making support is necessary for care recipient, but that isn't made.

To build community-based integrated care systems for people with mental disabilities in rural areas, it's important that helpers receive skills training and super vision. And the cooperation between counselors and helpers is needed.

Key Words : rural areas people with mental disability home help service
case study analysis